

ANESTESIA GERAL

***** POR *****

INJEÇÕES INTRAMUSCULARES DE ÉTER

155/7 FMP

João Ferreira da Silva Couto Nobre

ANESTESIA GERAL

POR

INJEÇÕES INTRAMUSCULARES DE ÉTER

MÉTODO DE DESCARPENTRIES

Dissertação inaugural apresentada á "Faculdade de Medicina do Porto"

Julho — 1913



155/7 F 47

1913

TIP. DA EMPRESA LITERÁRIA E TIPOGRÁFICA

178, *Rua Elias Garcia*, 184

PÔRTO

FACULDADE DE MEDICINA DO PÔRTO

DIRECTOR

AUGUSTO HENRIQUE DE ALMEIDA BRANDÃO

LENTE SECRETÁRIO

ÁLVARO TEIXEIRA BASTOS

CORPO DOCENTE

PROFESSORES ORDINÁRIOS E EXTRAORDINÁRIOS


- | | | | |
|---|-------------------------------|--|--------------------------------|
| 1.ª classe — Anatomia | { | Luis de Freitas Viegas.
Joaquim Alberto Pires de Lima. | |
| 2.ª classe — Fisiologia e Histologia . . . | { | Antônio Plácido da Costa.
José de Oliveira Lima. | |
| 3.ª classe — Farmacologia | — | João Monteiro de Meira. | |
| 4.ª classe { | Anatomia patológica | { | Augusto H. de Almeida Brandão. |
| | Medicina legal | { | Vaga. |
| 5.ª classe — Higiene e Bacteriologia . . | { | João Lopes da Silva Martins Júnior.
Alberto Pereira Pinto de Aguiar. | |
| 6.ª classe — Obstetricia e Ginecologia . | { | Cândido Augusto Correia de Pinho.
Álvaro Teixeira Bastos. | |
| 7.ª classe — Cirurgia | { | Roberto Belarmino do Rosário Frias.
Carlos Alberto de Lima.
Antônio Joaquim de Sousa Júnior. | |
| 8.ª classe — Medicina | { | José Dias de Almeida Júnior.
José Alfredo Mendes de Magalhães.
Tiago Augusto de Almeida. | |
| História e filosofia médica e ética pro-
fissional | — | Vaga. | |

Especialidades

Psiquiatria — Antônio de Souza Magalhães Lemos.

A Escola não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enunciadas nas proposições.


(Regulamento de 23 de Abril de 1840, artigo 155.º)

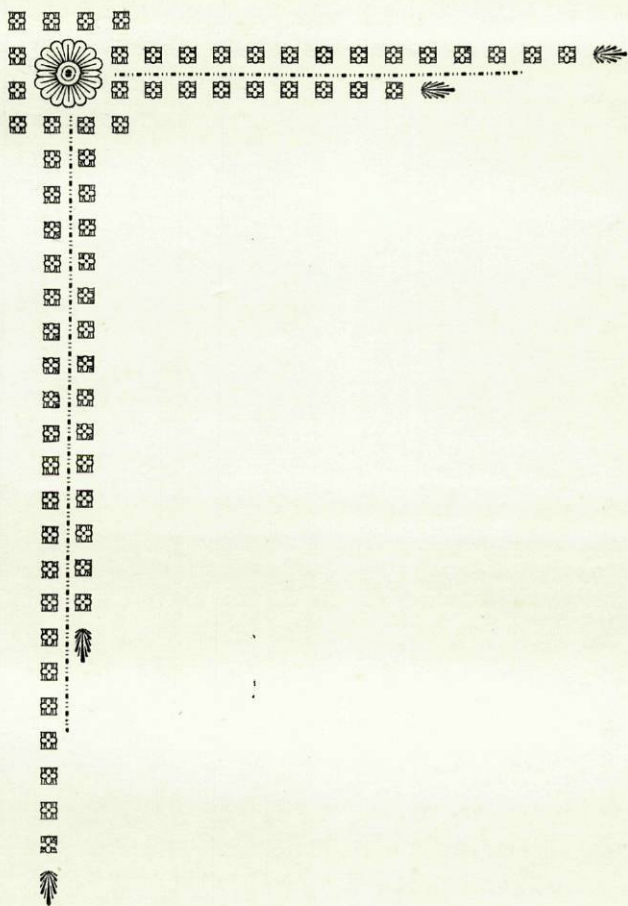


Á MEMORIA

DO GRANDE BENEMERITO

BRUNO ALVES NOBRE





A lei obriga, e infelizmente, o aluno do V ano a fazer a tese como prova final do seu curso. E para maior infelicidade o Conselho da Faculdade resolveu que este ano as teses voltassem a ser impressas.

Fazer uma tese é, pois, escrever um livro. E escrever um livro não é positivamente coisa fácil, sobretudo quando o tempo é contado e curto para quem, como nós, tem necessidade de terminar a vida de estudante oficial logo na primeira época.

O tempo voa: é uma grande verdade que nunca tivemos ocasião de apreciar como agora, pois, conquanto já há um ano tivéssemos escolhido o assunto do trabalho que hoje vimos apresentar e a ele tivéssemos de quando em quando dedicado desde então algumas horas, grandes foram os embaraços ao fazer a análise e depois a síntese dos nossos apontamentos dispersos.

Talvez escrever por gosto não canse; mas cansa, e não pouco, escrever por obrigação.

Amigos de novidades folheamos de vez em quando os jornais médicos. E o ano passado, fe-

chadas as aulas, como não tínhamos actos a fazer, lembramo-nos de os consultar à cata de um assunto que se prestasse para tese.

Não há como um jornal médico para sugerir assuntos para tese. Uma vez aberto um, a dificuldade está na escolha. Foi o primeiro estôrvo que encontramos.

Por fim, ao cabo de alguns dias vimos na «*Presse Medicale*» sob o título que nos feriu a atenção de «*Anestesia geral por injeccões intramusculares de éter*» um artigo em que se fazia a descrição do método de Descarpentries.

Era uma coisa nova; interessou-nos. Lemo-lo e da leitura que fizemos, ficamos convencidos que o método era esplêndido e que podia ter na prática grandes vantagens. Noutros números da mesma «*Presse*» e noutros jornais aparecem já observações descritas e feitas por outros que não o autor dêste processo de anestesia.

O assunto teve as honras de largas discussões na Sociedade de Cirurgia de Paris. Seguimos tudo isto com atenção e por vezes nos pareceu, que so-

bretudo da parte desta última, havia uma manifesta má vontade contra o método. Broca, apresentando o problema com benevolência e esperança no resultado, tinha ao seu lado Souligoux, mas Delbet e Tuffier principalmente, atacaram de tal maneira o método, atribuindo-lhe logo de entrada duas mortes, uma nas mãos de Picot e outra nas do próprio Tuffier, que mudámos logo de opinião.

Mas no entanto vai-se divulgando o processo de Descarpentries. Fazem-se mais anestésias pelas injeções intramusculares de éter, cujas descrições vamos lendo. Umas favoráveis, outras desfavoráveis. Faure satisfeito, Peugniez descontente.

A única maneira de formar uma opinião segura seria fazermos nós próprios a experiência. O método não podia ser tão mau nem tão perigoso como o faziam, porque Descarpentries baseou a sua comunicação em 150 anestésias pelo seu processo, sem inconvenientes. O assunto prestava-se para o trabalho que havíamos de ser obrigados a apresentar e que havia de receber o nome pomposo de Tese.

*

*

*

Éramos então aluno interno da enfermaria 14. Consultámos o seu distinto Director, o eminente cirurgião Dr. Júlio Franchini. S. Ex.^a acolheu-nos, e ao método, com benevolência e permitiu-nos que em algumas das suas doentes o praticássemos.

*A primeira anestesia, feita sob a ansiedade natural de quem experimenta, deixou-nos plenamente satisfeito. Dela demos conhecimento público, a convite do Snr. Prof. Pires de Lima, na Gazeta dos Hospitais do Pôrto. * Foi uma anestesia perfeita com resolução muscular completa e durando o tempo necessário para a intervenção. As primeiras injeccções não foram dolorosas e o estado post-anestesico é satisfatório: hemoglobinúria e cilindrúria ligeiras e que desaparecem nos primeiros dias.*

* N.^o 14, IV ano.

Ficamos com alento para prosseguir e é interessante verificar que das cinco observações feitas em mulheres, quatro são de anestesia perfeita e uma só incompleta, enquanto as três praticadas em homens são de resultados menos satisfatórios.

Estas últimas foram feitas na enfermaria n.º 6, da direcção do Ex.^{mo} Snr. Dr. Joaquim de Matos, que muito amavelmente nos permitiu empregar o método de Descarpentries.

O nosso intuito ao escolher para tese este assunto que achamos tão diversamente avaliado então, e que actualmente está posto de parte, foi o de, praticando-o e publicando os resultados obtidos, fornecermos elementos de apreciação. É esta a pretensão única do nosso trabalho.

Começaremos por apresentar a comunicação de M. Descarpentries à Sociedade de Cirurgia de Paris e a discussão a que deu motivo. Apresentaremos em seguida as observações colhidas em diversos jornais médicos estrangeiros e as feitas em Portugal: uma em Coimbra no Hospital da

Universidade no serviço do Sr. Prof. Sergio Calisto; três no Hospital de S. Marcos em Braga no serviço do Sr. Dr. Henrique Teles, e as nossas oito pessoas.

Terminaremos por fazer algumas considerações e sem estabelecermos comparações entre este e os variadíssimos processos de anestesia, apresentaremos as conclusões que nos pareceu dever tirar da prática do método de Descarpentries, baseadas numa vista de conjunto sobre todas as observações.

Eis o plano da nossa obra imperfeita e deficiente, sem dúvida, mas que a exiguidade do tempo nos não permite apresentar melhor, como seria desejo nosso.

*

*

*

Aos Srs. Drs. Júlio Franchini e Joaquim de Matos que obsequiosamente nos permitiram a prá-

tica do método, contribuindo assim tão largamente para a feitura desta tese; ao Sr. Prof. Teixeira Bastos, nosso ilustre Presidente de tese, pela cedência dos seus apontamentos que nos permitiram completar as observações de Faure e pela amabilidade de aceder ao nosso convite; ao distinto cirurgião do Hospital de S. Marcos em Braga, o Ex.^{mo} Sr. Dr. Henrique Teles, que tão gentilmente nos cedeu as suas três observações pessoais; ao Sr. Dr. Carlos Fortes, distinto 1.^o assistente de clínica cirurgica que nos permitiu empregar o método de Descarpentries numa doente que operou e ao amigo e contemporâneo, Dr. José Augusto de Castelo Branco e Castro, bacharel em Filosofia e distinto quintanista da Faculdade de Medicina de Coimbra que fez o obsequio de nos ceder a observação duma anestesia por êste processo feita no Hospital da Universidade na enfermaria do Sr. Prof. Sergio Calisto; a todos os nossos agradecimentos.

Anestesia geral por injeções intramusculares de éter ¹

POR M. DESCARPENTRIES (de Roubaix).

Comunicação de M. A. BROCA.

«Experimentando o processo de Burkhardt sobre a eterização por via intravenosa, M. Descarpentries teve a ideia de proceder por injeções intramusculares de éter puro.

Bridado por aponeuroses poderosas que ponham em tensão o foco de vaporização, o éter não poderá vaporizar-se em massa, mas pouco a pouco, sómente à medida que a tensão diminui por absorção de vapores já produzidos; desta maneira haverá um resfriamento lento e fraco e poder-se há sem nenhum inconveniente, sem mesmo modificar a plástica da região, injectar até 50^{cc} de éter na nádega.

¹ Transcrição textual e quási na íntegra do artigo que a este assunto dedica o n.º 15 de 22 de Abril de 1912 dos « Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris ».

Transcrevo não só a comunicação de Broca no que diz respeito à técnica, mas ainda, por lhe encontrar utilidade, o resumo da discussão havida na mesma sessão da Sociedade de Cirurgia.

Como se trata de um método novo, reproduzo textualmente a técnica descrita pelo autor.

« Como instrumental basta possuir uma boa seringa de 20^{cc} a 50^{cc}, capaz de segurar bem o éter que é muito difusível. A seringa «Record» parece ser a que mais satisfaz. Uma agulha de platina com 7 centímetros de comprimento e muito fina ($\frac{6}{10}$ de milímetro) de maneira que perfure o músculo, respeitando o mais possível as suas fibras e sobretudo as aponeuroses que o bridam.

Uma faixa negra para aplicar sôbre os olhos do paciente.

Depois de ter determinado o ponto de eleição, enterra-se só a agulha, previamente esterilizada, de maneira a assegurar-se de que não pica nenhuma vénula. Faz-se a injeção de éter bastante lentamente e retira-se a agulha pouco a pouco, tendo o cuidado de não rasgar os planos profundos à medida que a agulha é retirada. Se o indivíduo é magro a agulha encontra o osso; é preciso recuá-la um centímetro para que a injeção se faça bem no músculo, porque senão o éter poderia escorrer ao longo do osso para a grande chanfradura sciática.

Aplica-se a faixa negra sôbre os olhos do doente: êste, encontrando-se na obscuridade, dorme muito melhor e mais depressa. Alguns doentes acordam bruscamente desde que se lhes

tira a faixa ocular e que as sensações luminosas irritam a pupila; tornam a adormecer se de novo se lhes tapa os olhos.

Pode fazer-se uma só injeccção; mas é muito preferível dividir a dose em várias injeccções de 10^{co} a 20^{co} que se praticam sucessivamente em cada uma das regiões nadegueiras, com o intervalo de alguns minutos, de maneira a evitar uma produção brutal de uma grande quantidade de vapores de éter e evitar assim ao músculo um traumatismo demasiado grande.

A *marcha da anestesia* varia com os indivíduos, como em todas as anestésias.

Ordinariamente a primeira injeccção provoca uma dor violenta, muito passageira, seguida immediatamente de entorpecimento do membro injectado. O doente queixa-se de um mal estar indefinido, sente necessidade de falar, faz alguns movimentos, o seu hálito cheira a éter.

Pouco a pouco a fala vai-se tornando arrastada, as frases ficam em meio; depois apenas balbucia e cai num sono muito leve cortado por palavras sem nexos e movimentos muito lentos. Estes fenómenos produzem-se em geral ao fim de 10 minutos; o sono torna-se mais profundo e os membros pendem inertes; neste momento apparecem algumas vezes náuseas; os olhos apresentam uma espécie de nistagmo; a sensibilidade desaparece pouco a pouco.

Em *quinze a vinte minutos* obtêm-se a anestesia. O sono é muito calmo, a face pálida, as pupilas apresentam miose, a respiração é lenta, regular e sossegada; não há salivacão nem secreções brônquicas; não há cianose, as pulsações cardíacas são fortes e de ritmo ligeiramente acelerado; a resolução muscular é muitas vezes perfeita; o reflexo palpebral não desaparece.

O despertar produz-se muito lentamente; ao fim de cêrca de meia hora reaparece a sensibilidade; a consciência parece voltar antes da sensibilidade perfeita, pois o anestesiado conversa e, se lhe pinçarem os membros, não se queixa.

Êste facto está de acôrdo com o resultado das investigações de M. Maurice Nicloux que mostrou que as proporções de éter fixadas pelo cérebro e pelo bolbo são iguais, enquanto na cloroformização o bolbo encerra uma vez e meia mais clorofórmio que o cérebro.

O doente não se queixa da ferida operatória, agradece ao operador e parece muito feliz; se o deixarem sossegado dorme durante algumas horas.

A *dose a empregar* nada tem de fixo; depende de três factores principais: 1.º a susceptibilidade e receptividade do indivíduo (tem um papel considerável); 2.º a anestesia que se quer obter (uma laparotomia exige uma anestesia muito mais pro-

funda do que uma intervenção herniária); 3.º a duração da anestesia.

De uma maneira geral, para obter a narcose cirúrgica é necessário injectar um grama de éter por quilo de indivíduo, ou seja, na prática, um número de centímetros cúbicos um pouco maior que o de quilos que o indivíduo tem de pêso, por causa da fraca densidade do éter.

Para uma mulher de um pêso médio de 55 quilos, injectam-se 60^{cc} de éter em 6 doses de 10^{cc}.

Esta quantidade de anestésico pode ser reduzida nos indivíduos deprimidos, anemiados ou adiposos. Há necessidade de a aumentar nos nervosos, agitados ou emotivos, nos que teem receio de dormir. Parece que os alcoólicos adormecem mais fácilmente que os outros.

Se se injecta uma quantidade de éter demasiado pequena, o doente ainda não dorme ao fim de 20 minutos; bastará fazer uma ou duas injectões complementares de 10^{cc} para obter alguns minutos depois a anestesia. Da mesma maneira esta pode ser prolongada por meio de injectões sucessivas.»

Procedendo assim, M. Descarpentries nunca provocou accidentes, por intoxicação geral immediata, por pneumonia secundária, por albuminúria ou perturbações hepáticas. Notou sómente, uma vez por outra, hemoglobinúria que nunca durou mais de 24 horas.

A dor inicial é muito suportável; M. Descarpentries experimentou-a pessoalmente. Contudo, persiste às vezes durante alguns dias, uma dor notável da nádega, capaz mesmo de irradiar para a barriga da perna. Em grande parte evita-se este inconveniente pela prática das injeções fraccionadas exactamente intramusculares.

Em suma, suprime-se o único perigo verdadeiro da eterização: os accidentes inerentes à travessia pulmonar. Suprime-se também a produção de vapores de éter nas salas. Tem ainda às vezes a vantagem de suprimir um ajudante, de permitir colocar com facilidade o paciente na posição que se deseje, de operar sem nenhum estôrvo sôbre a boca ou vias aéreas superiores.

Se a anestesia não dura o tempo sufficiente, ou se não é completa, bastará fazer inalar umas gotas de clorofórmio ou cloreto de etilo espalhado em compressa que se mantêm deante da boca do doente, pinçando-lhe as narinas.

M. Descarpentries precede mesmo habitualmente as injeções intramusculares, da inalação de cloreto de etilo para obter a anestesia em alguns minutos.

A comunicação do autor termina pela lista das operações praticadas sob esta anestesia, algumas das quais são de uma duração relativamente longa: diversas histerectomias, fístula vésico-vaginal, estafilorrafia, perineorrafia. Fo-

ram anestesiadas por êste processo também algumas crianças, a mais nova das quais tinha pouco mais de 5 anos.

.....

M. Quenu — M. Broca disse-nos que a administração do éter pela via intramuscular suprimia a passagem dos vapores de éter pelas vias aéreas; essa supressão é incompleta, pois que os vapores anestésicos introduzidos no sangue por qualquer via eliminam-se principalmente pelo pulmão.

M. Ombrédanne — Fui seduzido pela esperança de poder, graças a êste método, pedir à anestesia etérica a insensibilização durante as operações sôbre a abóbada palatina e o veu do paladar. Tentei, portanto, imediatamente o método e num rapaz de 7 anos, injectei em plena massa muscular da nádega, 10^{co} de éter para começar. As dores imediatas foram atrozes. A criança torcia-se na cama. Os meus alunos e eu rodeávamo-lo e tratávamos de o fazer ter paciência. Ao fim de 4 ou 5 minutos a criança continuava a sofrer ainda de tal maneira, que não tive coragem de insistir e mandei administrar o éter por inalação. Todo o resto da intervenção foi normal. É um facto isolado que apresento sem conclusão.

M. Broca. — A M. Ombrédanne nada tenho a responder; trata-se simplesmente de um destes

factos a que eu me referia e que são os únicos que hão de permitir ajuizar do método. M. Descarpentries afirma por experiência pessoal, que a dor é muito tolerável; o doente de M. Ombrédanne pensou de uma maneira muito diferente.

Quanto a M. Quénu, eu julgo que a sua observação não tem razão de ser. É sabido que todo o anestésico se elimina pelas vias respiratórias, e no seu texto M. Descarpentries nota expressamente que o hálito cheira a éter. Mas não posso admitir que daí resulte uma acção irritante e resfriadora comparável à de uma inalação para anestesia. Por isso não me surpreende que M. Descarpentries não tenha observado pneumonia.

M. Souligoux. — Para apoiar o que M. Broca acaba de dizer, recordarei que já há muitíssimo tempo faço pensos de éter nos grandes traumatismos dos membros e nas linfangites.

O membro depois de limpo é envolvido em compressas que são largamente regadas com éter; por cima coloco tafetá gomado que cobre todo o membro, depois algodão ordinário por cima do tafetá; uma liga enrolada termina o penso. Faz-se pela ferida uma larga absorção de éter e o doente fica sonolento durante algumas horas. O hálito cheira a éter mas nunca verifiquei congestões pulmonares como nos casos de anestesia por via respiratória.

Observações colhidas na literatura médica

No intuito de neste pequeno trabalho fornecermos elementos para que o método de Descarpentries possa ser apreciado com justiça, para aqui transcreveremos as observações que a literatura médica nos deu a conhecer.

Citámos já a tentativa de anestesia de que M. Ombrédanne desistiu pela dor violenta que a primeira injeção de éter provocou na criança que ia operar e citámos também as observações que MM. Delbet e Tuffier apresentaram à «Société de Chirurgie de Paris».

As que agora vamos expor são quasi todas extraídas dos jornais «Semaine» e «Presse». Algumas serão seguidas dos comentários (sempre de útil conhecimento) a que deram motivo na mesma «Société» quando da sua apresentação.

O Sr. Prof. Teixeira Bastos, teve ocasião de assistir por duas vezes na clínica de M. Faure, ao emprego da anestesia por injeções intramusculares de éter.

Das notas que então colheu e que obsequiosamente pôs à nossa disposição pudemos tirar elementos que nos permitiram completar a exposição que destas duas observações os jornais médicos fazem.

Trata-se no primeiro caso de uma mulher de 30 anos, portadora de um cancro da amígdala e parte lateral da faringe, do tamanho de um ovo de peru.

A anestesia foi obtida com 50^{cc} de éter em 5 injeções de 10^{cc} nas nádegas, que foram muito bem suportadas.

Começou às 10 horas e 40 minutos; às 10 e 50 a doente teve náuseas, às 11 a respiração é lenta e profunda; o hálito cheira fortemente a éter. A operação durou uma hora e um quarto: 45 minutos a intervenção, 15 de intervalo e 15 de fulguração.

Por duas vezes houve necessidade de fazer inalar algumas gotas de clorofórmio.

M. Faure pôde ressecar o ramo montante do maxilar inferior, tirar facilmente o tumor e fazer uma sessão de fulguração na ferida.

Pela eterização intramuscular evitou todas as contrariedades inerentes aos outros métodos de anestesia para intervenções na cavidade bucal.

A operação foi feita a 23 de Abril de 1912. No dia 4 do mês seguinte a doente começou a queixar-se de dores na perna esquerda, dores que

ela localiza sobretudo ao nível do tornozelo. A marcha parece a de uma hemiplégica.

Nos dias seguintes as dores aumentam.

A 1 de Junho queixa-se ainda da perna, apesar dos banhos diários e de fricções com álcool. A 11 do mesmo mês as dores tinham abrandado mas ainda não haviam desaparecido por completo.

No segundo caso trata-se de uma mulher de estatura mediana; pesava aproximadamente 60 quilos. Era portadora de um volumoso bócio que abrangia os dois lóbulos e o istmo do corpo tiroide.

Fizeram-se 3 injeções de 20^{cc} de éter; as duas primeiras na nádega direita e a terceira na esquerda com intervalos aproximados de 2 minutos.

A doente à primeira injeção acusou uma dor violenta mas fugaz.

Ao cabo de 3 minutos o pulso batia a 94 e ao fim de 7 a 102. Aos 8 minutos apareceu tosse, soluços e salivação abundante; o hálito cheirava fortemente a éter. Aos 11 a anestesia era completa, mantendo-se os soluços; aos 16 a respiração era estertorosa mas em breve se regularizou e ficou calma.

A operação começou aos 30 minutos; pouco tempo depois havia abundantes secreções brônquicas. Aos 35 a doente grita, mas 5 gotas de

cloróformio produzem fulminantemente uma anestesia completa. Aos 45 minutos a extirpação do bócio está terminada bem como a dos gânglios carotídeos. Acordou em condições normais. Segundo nos informa o Sr. Prof. Teixeira Bastos esta doente morreu no mesmo dia, pouco depois de ter saído da sala de operações, com a sintomatologia de um edema agudo do pulmão.

*

*

*

Na sessão de 15 de Maio da Sociedade de Cirurgia de Paris discutiu-se esta comunicação de M. Descarpentries sendo então apresentadas as observações de algumas anestésias feitas naquela cidade por cirurgiões notáveis. *M. Sébilleau* começou por atacar a eterização intramuscular, dizendo que nunca deu resultados apreciáveis; que pretendendo este processo ter sobre os outros vantagens nas intervenções na boca, faringe ou vias aéreas superiores, não satisfazia, visto que essa superioridade de vantagens não existe; acha muito prático e simples fazer uma traqueotomia inter-crico-tiroideia e conduzir os vapores de éter à traqueia por meio de uma cânula colocada na ferida; acabou por o condenar formalmente.

M. Delbet diz: Têm-se feito numerosas tentativas para introduzir os anestésicos no organismo

duma maneira diferente da inalação. Empreendi há anos experiências sôbre êste assunto com M. Mocquot. Tentámos anestesiari cães, injectando nas veias uma mistura de oxigénio e clorofórmio; mas nunca obtivemos resultado; a introdução de uma mistura gasosa nas veias só determina accidentes quando se passa além de uma certa velocidade; fazendo-a penetrar lentamente, podemos empregar êste método quási sem perigo.

Experimentaram-se também as injectões intra-rectais de éter. Êste processo apresenta múltiplos inconvenientes: o intestino é bastante distendido, o que é muito incómodo para uma laparotomia e o éter é derramado no figado quási immediatamente pela veia porta, o que predispõe os doentes aos accidentes de origem hepática.

M. Burkhardt recorreu a injectões intra-venosas de sôro eterizado; êste método determina freqüentemente hemoglobinúria.

Chego agora às injectões intramusculares de éter e antes de mais nada, faço notar que a êste método falta a base experimental. Injecta-se uma quantidade de éter que depende do pêsso do indivíduo e não se toma em nenhuma consideração a sensibilidade pessoal, que êle tem para o anestésico.

Há doentes a quem uma quantidade muito pequena de éter, basta para fazer dormir; há outros a quem é necessário dar muito; e isto em

indivíduos que tem aproximadamente o mesmo peso.

Por outro lado, uma vez o anestésico assim introduzido no organismo, eu não sei como se possa suspender a sua acção; se se produzirem accidentes não há mesmo o recurso de interromper a anestesia como se pode fazer no emprêgo do método por inalação, o que a meu ver constitui um perigo muito grave. Emfim, eis uma observação, devida a M. Picot, que operou no sábado último, 11 de Maio, um doente de 56 quilos, que era portador de um tumor neoplásico da base da língua. Fez-se a primeira injeção intramuscular de éter às 8 horas e 40 da manhã; às 9 e meia, tinham-se introduzido no organismo aproximadamente 30^{cc} (?) de éter. A operação começou às 9 e vinte. Depois de ter feito a laqueação da carótida externa e tamponamento da faringe, extirpou-se bastante facilmente o tumor por uma incisão jugal; a operação terminou em muito boas condições com uma anestesia incompleta mas muito suficiente.

O doente estava completamente acordado às 11 horas; às duas da tarde apresentou uma crise epileptiforme, que durou alguns minutos; uma segunda crise se produziu às 5 horas. Às 6 o paciente estava muito agitado, com o pulso batendo a 140. Morreu no dia seguinte às 3 horas da tarde depois de ter tido vários ataques. A autópsia não

permitiu determinar a causa da morte; os vasos do hexágono de Willis e as artérias cerebrais estavam perfeitamente sãs. Cito esta observação sem outro comentário; talvez houvesse simples coincidência. Mas, terminando, devo dizer que MM. Doré e Braun, em experiências já bastante antigas, determinaram a morte por injeções de éter no cão, e o animal apresentou crises epileptiformes em seguida a estas injeções.

M. Tuffier, é inteiramente da opinião de M. Delbet, pois o método da anestesia por injeções intramusculares, é um método cego e perigoso. Não queria empregá-lo, mas a pedido da sua *entourage*, resolveu servir-se dele nos dois casos seguintes.

O primeiro é o de uma rapariga a quem teve de tirar um tumor da boca rodeando-se de todas as precauções que em semelhante caso se preconizam.

Injectou 20^{cc} numa nádega, 30^{cc} na outra e esperou em vão a anestesia durante meia hora; teve de recorrer ao clorofórmio e a doente sofreu abominavelmente nas regiões em que se tinham praticado as injeções.

O segundo caso é o de um homem caquectizado, fatigado, portador de um abcesso do fígado; pesava 73 quilos. Injectou-lhe 70^{cc} de éter e a anestesia nunca foi completa. Pôde incisar o abcesso mas desde os primeiro momentos que se seguiram

à injeccão, o doente cianosou-se e morreu de tarde depois de ter apresentado sintomas de asfixia.

*

*

*

M. Peugniez (de Amiens) teve occasião de utilizar êste processo de Descarpentries numa rapariga de 18 anos, portadora de um pólipso nasofaríngeo. Pesava 58 quilos e *M. Peugniez* injectou-lhe 66^{cc} de éter, fazendo de dois em dois minutos injeccões de 5^{cc} em cada nádega.

Observou todas as precauções recomendadas; pôs-lhe a faixa ocular e conservou o maior silêncio durante a intervenção.

Esta doente não chegou a adormecer; teve uma fase de excitação perfeitamente comparável à do primeiro período da narcose clorofórmica nos alcoólicos e que durou vinte minutos. Ao fim dêste tempo resolveu dar-lhe clorofórmio; a quantidade empregada dêste anestésico não foi modificada pelas injeccões de éter e no dia seguinte a doente sentiu dores muito violentas nas regiões em que se tinham feito as injeccões.

M. Baumgartner praticou três vezes no serviço de *M. Walther* a eterização por via intramuscular. Eis o resumo das três observações.

No primeiro caso tratava-se de uma mulher de 37 anos, na qual se fez a ressecção do bôrdô

alveolar do maxilar por sarcoma. Pesava 52 quilos e injectaram-se-lhe 55^{cc} de éter. Começou a operar um quarto de hora depois da primeira injeccção; durante êste tempo a doente sentiu algumas dores na nádega, teve tremuras, palpitações, uma sensação de asfixia; o seu hálito cheirava a éter. Por duas vezes houve necessidade de lhe dar cloreto de etilo e depois clorofórmio. A paciente acordou ao fim de 55 minutos. Não teve consciência de ter sido operada, mas nos dias seguintes sentiu dores muito vivas nos membros inferiores e a pele das coxas e das pernas foi a sede de uma erupção de manchas pigmentares e de equimoses que levaram oito dias a desaparecer.

Os outros dois casos referem-se a um doente de 40 anos, anestesiado para a extirpação de um volumoso feixe de gânglios tuberculosos da axila direita e a uma mulher de 29 anos a quem se fez uma raspagem e injeccções de cloreto de zinco por uma ósteo-artrite tuberculosa do colo do pé. O primeiro paciente pesava 68 quilos e recebeu 80^{cc} de éter; a doente pesava 70 e recebeu igual quantidade.

Nos dois casos produziram-se accidentes análogos. A anestesia foi incompleta e houve necessidade de recorrer ao clorofórmio. Depois de acordados, ambos êstes doentes tiveram vômitos e uma sensação de asfixia que durou o dia inteiro.

Nos dias seguintes ao da intervenção, os mem-

broso inferiores foram a sede de dores e entorpecimento. Nas nádegas, nas coxas e nas pernas apareceram manchas e equimoses que se tornaram confluentes. Profundamente sentia-se um grande hematoma. Deve notar-se que tinha havido a precaução de ver se pela agulha corria sangue antes de fazer a injeção, para se ficar bem seguro de que ela não tinha penetrado numa veia.

Estas observações foram apresentadas na sessão da « *Société de Chirurgie*, » de 22 de maio. M. Quenu pronuncia-se dizendo que estas e outras observações de vários colegas mostram que a prática do processo de Descarpentries não é feliz; a anestesia leva muito tempo a obter, os doentes dormem muito incompletamente e é preciso recorrer ao clorofórmio e ao cloreto de etilo. Se, ainda além disto, produz dores, equimoses, hematomas, se os doentes sentem sufocação e teem vômitos ao despertar, êstes resultados nada teem de animador e pensa que o método deve ser formalmente desaconselhado.

A 10 de Julho M. Broca apresenta a observação de M. Dervaux (de Saint-Omer). Trata-se de um homem de 60 anos, ateromatoso que devia sofrer uma intervenção num pé. Com 80^{cc} de éter obtêm-se apenas um estado de embriaguez sem produção de anestesia completa; contudo pôde fazer-se a operação sem se lhe dar clorofórmio. Como consequência, não houve nenhum acidente

nem pulmonar nem hepático. Trata-se neste caso de uma anestesia por embriaguez. Esta embriaguez durou doze horas. O éter eliminou-se pelos pulmões durante mais de 24 horas. *M. Delorme* critica o método dizendo que se a cirurgia recuasse uns anos, chegaria ao tempo em que *Perry* obtinha a embriaguez nos seus doentes por meio do vinho de Borgonha. *M. Delorme* acha êste último processo mais racional e mais simples para chegar ao resultado que se obtêm com as injeções de éter.

Na «*Semaine Médicale*» de 4 de Setembro, encimando a transcrição dum artigo de «*Il Polyclinique*» lê-se: Estando ainda longe de ser feito o acôrdo sôbre o valor da eterização por via intramuscular segundo o processo de *Descarpentries*, é interessante assinalar os resultados que êste método deu entre as mãos de *M. Lay*, que teve occasião de o experimentar em dois casos. Cita-os em seguida.

O primeiro refere-se a uma mulher de 72 anos, portadora de epitelioma ulcerado do saco lacrimal, com propagação à pálpebra inferior do olho esquerdo e ao rebordo correspondente da órbita. A doente pesava 78 quilos; foram-lhe injectados nas nádegas 70^{cc} de éter em 15 doses de 5^{cc}, succedendo-se as injeções com um minuto de intervalo.

Aproximadamente um quarto de hora depois da primeira injeção, a paciente caiu num sono

profundo. Vinte minutos depois do comêço da operação, parecendo que o sono se tornava menos perfeito, fez-se uma nova injeccção de 5^{co} de éter na face externa da coxa direita (mas na verdade, esta injeccção complementar foi supérflua). A intervenção operatória que consistiu na extirpação do saco lacrimal e do bôrdô orbitário com o osso únguis, e numa autoplastia consecutiva com retalho tirado à frente, durou quarenta minutos.

Terminada a operação a doente continuou a dormir durante hora e meia aproximadamente. O pulso forte e regular batia 72 pulsações por minuto. A respiração era normal e notava-se particularmente a ausência de secreções brônquicas. A paciente não se tinha queixado de dores à primeira injeccção. Seis horas depois da intervenção teve fortes náuseas. No dia seguinte acusou ao nível das picadas, ligeiras dores que desapareceram no espaço de 48 horas.

Ao fim de três dias apareceram nos lugares onde se tinham praticado as injeccções de éter, vastas manchas equimóticas. As urinas examinadas 20 horas depois da operação continham hemoglobina em pequena quantidade; não havia albumina nem qualquer outro elemento anormal. A hemoglobinúria persistiu cêrca de 30 horas.

O segundo caso diz respeito a uma mulher de 58 anos, a quem se devia completar uma autoplastia praticada por extirpação de um epitelioma

da asa esquerda do nariz. A doente pesava 57 quilos e recebeu 70^{cc} de éter em 14 injeções de 5^{cc} com o intervalo de um minuto.

Ao fim de 20 minutos ela dormia profundamente; êste sono persistiu ainda dez minutos depois da operação, que durou vinte e um. O pulso a 75 era rítmico e vigoroso; a respiração normal. A paciente acusou algumas dores ligeiras às três primeiras injeções. Após a intervenção estava completamente tranqüila e não vomitou. No dia seguinte a operada queixa-se ao nível das picadas de fracas dores que foram diminuindo de intensidade e desapareceram completamente dentro de cinco dias. Não se notaram equimoses. Quinze horas depois da operação as urinas tornaram-se hemoglobinúricas e esta hemoglobinúria persistiu aproximadamente durante 50 horas. Não houve albiminúria.

Os resultados obtidos nestes dois casos por meio da eterização intramuscular parecem ser muito animadores.

Assim foi apreciado na Sociedade de Cirurgia e nos jornais médicos de Paris o método de Des-carpentries que escolhemos para assunto de tese.

Observações feitas em Portugal ¹

Observação do Sr. Prof. Sérgio Calisto — Coimbra

M. G., 65 anos, viuvo, natural de Aveiro. 25 de Janeiro. Medicina operatória. Faculdade de Medicina de Coimbra—Operação—Ablação dum epitelioma da comissura labial esquerda. Operou um aluno. Anestesia por injeccões intramusculares do éter anestésico de Schering.

Começaram a dar-se injeccões à 1 hora e 24 minutos. Deram-se no espaço de 10 minutos, três injeccões: duas de 20^{cc} em dois pontos da nádega direita.

Passados dez minutos após a última destas injeccões o doente queixa-se de dor no flanco esquerdo; não acusa dor espontânea ou provocada nos pontos das injeccões.

Nesta altura deram-se ao doente algumas go-

¹ Consta-nos que em Lisboa o Sr. Prof. Francisco Gentil empregou o método de Descarpentries em dois dos seus doentes. Como não obtivemos as observações em detalhe, apenas as citaremos.

tas de cloreto de etilo em inalação : desenhou-se um comêço de anestesia que se não manteve.

Passados 9 minutos deu-se nova injeccão do lado esquerdo com 10^{cc} de éter. Depois desta injeccão notou-se no doente um nistagmo horizontal, passageiro.

Um ligeiro acesso de tosse deu saída a algumas fezes e a alguma urina (incontinência de esfincteres).

Passados poucos minutos o doente caiu em sono profundo com imobilidade e insensibilidade. O doente faz alguns movimentos de deglutição e o reflexo palpebral persiste. O doente está em resolução muscular.

A operação começa 37 minutos após o principio da anestesia, isto é, começa às 2 horas e 1 minuto.

Dada a primeira incisão o doente apenas move lentamente a perna direita e o braço esquerdo, flectindo-os.

Às 2 horas e 4 minutos dá-se nova injeccão de 10^{cc} de éter porque nesta altura o doente esboçou alguns movimentos, especialmente do lado esquerdo, com algumas contracturas.

Às 2 horas e 28 m., nova injeccão de 10^{cc} por o doente fazer alguns movimentos com a cabeça e mãos.

Às 2 horas e 40 m., nova injeccão de 8^{cc} pela mesma razão.

Às 2 horas e 45 m., deu-se uma injeccão de 1^{cc},5 de óleo canforado por se ter notado que o pulso era pequeno, embora ritmado.

À 1 hora e 18 m., uma injeccão de sulfato de esparteína (0^{gr},05), porque o pulso estava pequeno, mas sempre bem ritmado.

Às 3 horas e 19 m., terminou a operação, mas o doente continuou ainda sob anestesia durante algum tempo mais.

Número de pulsações após a operação—84.

Número de movimentos respiratórios — 22.

Duração da operação — 1 hora e 18 minutos.

Quantidade de éter injectado — 118.^{cc}

Acidentes post-anestésicos e post-operatórios.

O doente acordou às 5 horas e meia da tarde.

Às 7 e meia teve vômitos. Queixa-se de dores na região operada e nas nádegas.

A incontidência de urinas mantêm-se.

Êste doente faleceu 13 dias depois da intervenção.

Observações do Sr. Dr. Henrique Teles — Braga

I. Mulher de 34 anos, portadora de adenite supurada da axila direita.

Esvaziamento ganglionar.

A anestesia foi obtida com 14 injeccões de

5^o cada, intervaladas de 5 minutos e feitas todas na nádega direita.

A doente suportou relativamente bem as injeções e passados 10 minutos entra em meia embriaguez, sem, no entanto, haver perda de movimentos nem de conhecimento.

A primeira incisão é sentida pela doente, desaparecendo em seguida a sensibilidade à dor, durante toda a intervenção, apesar de continuar sempre acordada proferindo palavras incoerentes.

Nas primeiras 24 horas que seguiram a operação, a doente queixa-se de algumas dores na nádega. A temperatura é normal. A análise das urinas nada revela de anormal.

Nos dias seguintes, a dor na nádega, vai desaparecendo e a doente continua sempre apirética.

Aos 8 dias levanta-se, andando sem a menor dificuldade.

II. Mulher de 30 anos, portadora de ósteoartrite tuberculosa escápulo-umeral. Ressecção escápulo-umeral. Anestesia feita da mesma forma que a anterior, com a diferença apenas das injeções serem feitas alternadamente nas duas nádegas.

Dez minutos após a última, encontra-se nas mesmas condições da doente anterior — conservação de movimentos e do conhecimento — meia embriaguez.

À incisão a doente acusa a sensação de uma pressão forte no ombro.

A intervenção decorre bem sem nenhum grito, nem movimento de defesa da doente, durando 30 minutos.

Dor nas nádegas durante 4 dias; urinas normais, apirexia.

*

*

*

Ao fim de 8 dias a doente levanta-se andando sem dificuldade.

Estas duas doentes foram alimentadas normalmente desde o dia seguinte ao da intervenção, não tendo havido nada de anormal do lado dos aparelhos digestivo e circulatório.

III. Mulher de 55 anos, portadora de um epitelioma da pálpebra inferior esquerda com destruição de toda a pálpebra.

Extirpação seguida de autoplastia por *glissement*.

Mesma técnica. Dose 75^{cc}.

Observa-se o mesmo que nos casos anteriores. A doente não faz o menor movimento de defesa e suporta a intervenção admiravelmente, durando esta 20 minutos.

Nas primeiras 48 horas, hemoglobinúria li-

geira e a doente queixa-se bastante de dores nas nádegas. Apirexia completa.

Suites normais, havendo no entanto persistencia de dores nas nádegas que lhe dificultam o andar durante 25 dias. Actualmente encontra-se bem, tendo tido alta.

Observações pessoais no Hospital da Misericórdia do Pôrto

Observação I. — M. C. O, de 42 anos de idade, casada. Enfermaria n.º 14. Sala de Santa Catarina..

Anestesiada a 2 de Julho para amputação da mama direita por carcinoma. Operada pelo Ex.^{mo} Sr. Dr. Júlio Franchini.

Esta doente pesava 44 quilos. Recebeu um total de 65^{cc} de éter (ou seja à densidade de 0,725, — 47 gramas) em 8 injeções feitas alternadamente numa e noutra ná-dega.

Colocada a faixa ocular e desinfectadas as regiões nadegueiras, fiz a primeira injeção de 5^{cc} que a doente recebeu sem manifestar dor; contraiu-se apenas ligeiramente à picada. Daí a 5 minutos a outra nádega recebia igual quantidade de éter e a dor provocada foi de igual modo insignificante. No fim da segunda injeção o hálito já cheirava a éter, prova de que a eliminação começava a fazer-se e a doente tinha a sensação de entorpecimento dos membros inferiores. Aproximadamente com o mesmo intervalo de 5 minutos dei mais 5 injeções, mas estas de 10^{cc}.

Ao fim da sétima, houve um ligeiro período de excitação, revelado por um espreguiçamento do corpo, que foi facilmente dominado pela inspiração de uma meia dú-

zia de gotas de clorofórmio em compressa. Houve também náuseas mas a doente não chegou a vomitar.

Dorme muito tranqüilamente 35 minutos depois da primeira injeção; a resolução muscular é completa e a anestesia é perfeita. A primeira incisão larga, faz-se sem que a doente esboce o mínimo movimento ou queixume.

Levou 20 minutos a fazer a operação, amputação da mama e sutura de pele. Cêrca de 5 minutos, antes de terminada, fiz a oitava e última injeção de 5^{cc}, que foi supérflua.

A doente recebeu os últimos pontos de sutura intermediários, já acordada, de olhos abertos, olhar vago, sem fazer a menor contracção.

A respiração manteve-se sempre boa, desafogada, livre de secreções brônquicas e o pulso bateu sempre bem ritmado.

A pupila esteve contraída e o reflexo palpebral não desapareceu.

A face estava coberta de suor, o resto do corpo sêco.

Feito o penso é transportada para a sua cama na sala de enfermaria, onde de novo adormece, ficando a dormir durante perto de uma hora. Depois de acordada, as suas primeiras palavras foram para uma outra doente a quem perguntou «Já estou pronta?» Esta frase diz-nos bem como ela se manteve insensível durante a operação e que a anestesia foi perfeita.

Passou bem toda a tarde dêste dia manifestando apenas uma sêde intensa. Não teve vômitos. Sete horas depois da operação ainda o hálito vinha carregado de vapores de éter. Não se queixava de dores mas sentia uma ligeira impressão nas nádegas que ela attribuía às picadas.

A sêde era insuportável; as suas companheiras de enfermaria, vendo-a assim apoquentada, resolveram, para a aliviar, fornecer-lhe algumas canecas de água que ela sor-

veu com avidez. Por êste motivo a doente passou uma noite desgraçada com vômitos, no meio dos quais vieram 16 lombrigas, mortas sem dúvida pelo éter que em parte se eliminou pela mucosa do tubo digestivo, desempenhando neste caso o papel de vermicida.

No dia seguinte encontra-se bem disposta, embora esteja bastante fatigada da noite que passou. A impressão das nádegas é um pouco mais acentuada; a doente classifica-a de *moedeira*; está localizada à região das injeções; não irradia para a perna.

A urina das primeiras 24 horas é em muito pequena quantidade, 200^{cc} apenas. Muito concentrada, côr amarelo-carregado, densidade 1,020, reacção fortemente ácida, aspecto turvo, cheiro extractivo, e tendo em abundância indol e escatol. Revela, pela reacção de Meyer, hemoglobina em pequena quantidade, classificada de — *vestígios*.

No dia 4 apareceram na nádega esquerda junto das picadas das injeções, três equimoses, cada uma do tamanho aproximado de uma moeda de vintém. Como a sede ainda persista, administra-se um clister de sôro que é eficaz.

O volume da urina subiu, embora pouco, foi a 300^{cc} nas 24 horas; a côr tornou-se amarelo-claro, o aspecto ainda ligeiramente turvo, o cheiro extractivo, reacção fortemente ácida e densidade muitíssimo menor 1,0109, muito menor até que a normal. As quantidades de indol e escatol diminuíram.

A hemoglobina foi classificada de *ligeiros vestígios*. A análise do sedimento que não tinha sido feita na urina do dia anterior, revela células epiteliaes, alguns glóbulos rubros isolados e cilindros hialinos, hialino-granulosos e hemorrágicos.

No dia 5 o seu estado geral é muito bom; não há dores; há a persistência da moedeira. As equimoses da nádega esquerda confluíram numa só.

O volume da urina subiu a 600^{cc}; côr amarelo-claro, cheiro já *sui generis*, aspecto ainda levemente turvo, reacção ácida e densidade ainda menor 1,0097. Indol e escatol pouco abundantes. Reacção de Meyer negativa. O sedimento já não revela cilindros.

Esta doente saiu do hospital completamente curada no dia 30 do mesmo mês de Julho. Uns dias antes, a 27, eu voltei a fazer-lhe o exame das urinas. O volume era normal, como de resto já há bastantes dias, a côr amarelo-pálido, de aspecto perfeitamente límpido, ácida e de densidade 1,0087. Havia vestígios de indicam.

A reacção de Meyer foi absolutamente negativa. Por centrifugação não sedimentou.

A moedeira durou aproximadamente 15 dias; foi-se desvanecendo pouco a pouco, nunca impediu a doente de passear pela sala da Enfermaria.

Observação II. — G. I. solteira, de 25 anos, natural de Alfândega da Fé. Enfermaria n.º 14. Sala Conde de S. Bento.

Esta doente é anestesiada a 7 de Julho, para avivamento e sutura de uma fístula perineal, resto de *colpoplekisis* feita no ano anterior por fístula vésico-vaginal incurável.

Operou o Ex.^{mo} Sr. Dr. Júlio Franchini.

Esta doente pesava 57 quilos e recebeu nas nádegas em 8 injeções alternadas e com pequenos intervalos 70^{cc} (ou 50, 75 gramas) de éter: as duas primeiras de 5^{cc} e as 6 seguintes de 10^{cc}.

As primeiras injeções foram perfeitamente suportadas e a doente contraiu-se ligeiramente às picadas das seguintes.

Após as primeiras injeções o hálito cheirava a éter

e uma tosse ligeira, um simples pigarro revelou a passagem do éter pela laringe.

Depois da quarta injeccão a doente manifestou um estado de embriaguez, falando muito e com alternativas de choro e riso.

Houve depois um curto período de excitação revelado por contracções musculares violentas, dominado em alguns segundos pela inalação de uma dúzia de gotas de clorofórmio em compressa.

A operação pôde começar-se 45 minutos após a primeira injeccão, isto é, logo depois da inalação de alguns vapores de clorofórmio, sob anestesia perfeita e com resolução muscular completa.

A pupila está ligeiramente contraída.

Não suou nem teve náuseas.

O pulso manteve-se bom; não houve produção de secreções brônquicas que alterassem a respiração.

A operação durou um quarto de hora.

Transportada para a sala da enfermaria, depois já de deitada na sua cama, regorgita algumas mucosidades.

Acordou aproximadamente um quarto de hora depois sorrindo-se, parecendo cheia de satisfação. É com muita dificuldade que consegue executar movimentos que lhe mando fazer.

Visitei-a às 7 e 30 da tarde; está muito bem disposta e conversa muito satisfeita. Refere dores ligeiras em ambas as nádegas.

Afirma nada ter sentido durante a operação; apenas as quatro primeiras picadas, duas em cada nádega, lhe causaram algumas dores que a doente diz serem suportáveis; das outras teve só a sensação do contacto, pois, com os olhos vendados, quando lhe fazia nova injeccão, ela notava o facto, sem haver nenhuma defesa para a introdução do éter.

O hálito é ainda fortemente etéreo.

Esta doente confessa-nos com toda a franqueza que se voltar a ser operada não quer mais ser anestesiada por esta maneira. Prefere o clorofórmio, porque para adormecer não é preciso levar picadas. É esta a objecção que ela faz ao método apesar de me ter dito que as dores foram toleráveis e apesar de ter reconhecido que passou muito melhor a tarde depois desta operação, do que da anterior em que foi anestesiada pelo clorofórmio que lhe causou muitos vômitos e que a deixaram bastante abatida.

Desta vez não houve vômitos, apenas uma ligeira regurgitação de mucosidades quando veio da sala de operações.

Passou bem a noite, dormindo tranqüilamente. Não tem tido sede nem suores.

Na tarde de 8 apareceram cefalalgias que persistiram durante dois dias; cederam facilmente à antipirina.

Do dia 9 em diante, à parte a moedeira nas nádegas que dura ainda alguns dias mais, o seu estado é perfeitamente normal.

Neste caso não houve possibilidade de fazer a análise das urinas porque em virtude da existência de uma fistula recto-vaginal, estas saíram pelo ânus.

Observação III. — A. M., 62 anos, viúvo, lavrador. Enfermaria n.º 6. Sala de Santo Amaro.

Este homem tinha tido uma gangrena seca por arterite obliterante no membro inferior direito, que foi amputado pelo terço médio da coxa em 1911. No ano seguinte o abcesso apareceu do lado esquerdo; fez-se uma nova amputação. Desta vez houve coincidência do côto e a 27 de Julho, este doente é anestesiado pelo processo de Descarpentries para se fazer a regularização.

Operou o meu condiscípulo João Saavedra.

Dei 7 injeções no total de 75^{cc} (ou 54 gramas) de éter: as duas primeiras de 5^{cc}., a 3.^a de 10^{cc}., a 4.^a de 15^{cc}., a 5.^a de 20^{cc} e as duas últimas de 10^{cc}.

Este doente pesava 41,5 quilos.

As primeiras injeções, particularmente as praticadas do lado doente, foram bastante dolorosas. Por altura da 6.^a injeção o doente teve uns momentos de embriaguez com grandes risadas, seguida de uma excitação violenta, de pouca duração, revelada por movimentos largos e fortes dos membros.

O período preanestésico foi de 35 minutos. Iniciou-se a operação sem ser preciso dar a respirar, como aos doentes das observações anteriores, algumas gotas de clorofórmio; mas vinte minutos depois, houve necessidade de o empregar porque tendo desaparecido a resolução muscular, o doente começava agora a mover-se, e, embora êle se tivesse mantido durante este tempo, balbuciando sempre palavras ininteligíveis, pareceu-nos compreender que se queixava e começava a sentir a operação. A quantidade de clorofórmio empregado foi pequeníssima; três centímetros cúbicos dados em compressa bastaram para manter uma anestesia perfeita, embora sem completa resolução muscular, até ao fim da operação, que durou uma hora aproximadamente. Horas depois o doente confessa-nos nada ter sentido.

Este doente era um velho alcoólico, arterioscleroso e portador também de uma bronquite crónica; durante a operação o pulso batia tenso e bem ritmado; a respiração fez-se sempre desafogadamente. Houve um aumento sensível da secreção salivar. A pupila esteve quasi sempre contraída; o reflexo palpebral não desapareceu.

O corpo esteve pálido e coberto de suor.

Terminada a operação e levantada a faixa que o vendava, o doente abre os olhos, ainda sobre a cama de

operações; apesar de interrogado, não fala; mas vê-se que está de posse da sua consciência, pois obedece a ordens externas executando movimentos que lhe mando fazer.

Está tranqüilo e bem disposto.

Ao ser transportado para a maca, regorgita algumas mucosidades. Levado para a sala da enfermaria e deitado na sua cama, geme durante alguns minutos, ao fim dos quais cai num sono de duas horas e meia.

Visitei-o às 7 horas da tarde; queixa-se de dores na perna operada. Não tem vomitado, com o que está muito satisfeito, pois das outras operações passava as tardes muito apouquentado pelo vômito.

Confessa nada ter sentido durante a operação e não tem a mínima lembrança de ter falado e até de fazer os movimentos que executou sob as minhas ordens quando já se encontrava de olhos abertos.

O hálito vem ainda carregado de vapores de éter; o doente continua suando.

Dia 28. O estado geral do doente é bom; queixa-se ainda de dores na perna operada, mas como o campo da operação e região das injeções são próximos, não sabe distinguir a causa das dores.

Passou a noite bem e dormiu sossegadamente. A urina diminuiu aproximadamente a um têrço do normal, pois nas primeiras 24 horas o seu volume é apenas de 50^{cc}. Côr amarelo-avermelhado, aspecto ligeiramente turvo, sem depósito, fortemente ácida e com a densidade de 1,0262. Como elementos anormais encontrámos o indol e o escatol em grande quantidade; a reacção de Meyer para a investigação da hemoglobina foi negativa. A centrifugação da urina deu-nos um sedimento ligeiro em que a análise microscópica revelou a existência de algumas células epiteliaes, raros leucocitos e cilindros hialino-leucocitários muito raros.

Tivemos possibilidade neste caso de fazer a análise da urina do dia anterior ao da operação. Côr amarelo-pálido, límpida, sem depósito, muito fracamente ácida e de densidade 1,0145. Não continha nenhum elemento anormal.

Não pudemos medir o seu volume mas, pelo que o doente nos diz, deve ser muito aproximado do normal.

Afirma-nos o seu operador que o estado post-operatório do doente é incomparavelmente melhor que o das outras operações em que foi anestesiado pelo clorofórmio em inalação; encontrava-se então bastante abatido e não manifestava a lucidez de espírito e a boa disposição que agora apresenta, pois já na tarde em que foi operado êle conversava e ria com os seus companheiros de enfermaria.

No dia 29 queixa-se-nos de dores na região lombar, tão violentas que, segundo nos diz, não lhe permitem mexer-se. Na perna operada não sente dores, mas sente dormente o côto direito.

A urina subiu a 1300^{cc.}; amarelo-pálido, límpida, fortemente ácida, de densidade 1,0119. Indicam pouco abundante e reacção de Meyer negativa. O sedimento dá raros glóbulos rubros e brancos alterados, e cilindros hialinos muitíssimo raros.

No dia 30 as dores dos rins já tinham cedido à aplicação de linimento de clorofórmio com beladona.

A urina é normal em todos os seus caracteres físicos.

Nos dias 31 e seguintes o doente entra na normalidade. A sensação de entorpecimento do côto persiste durante uns quinze dias, embora tenha diminuído gradualmente de intensidade até ao completo desaparecimento.

Neste doente não apareceram equimoses nas nádegas.

Observação IV. — M. P. M., de 32 anos, casado, marítimo, natural de Espozende. Enfermaria n.º 6.

Anestesiado a 31 de Julho para a enucleação do globo ocular esquerdo. Operou o ex.^{no} snr. dr. Joaquim de Matos.

Este doente pesava 75 quilos e injectaram-se-lhe 130^{cc} (94,25 gramas) de éter em 12 injeções, 11 de 10^{cc} e a 12.^a de 20^{cc}, com intervalos de três a cinco minutos e alternadas nas nádegas.

As duas primeiras injeções foram dolorosas; à direita a dor irradiou para a perna; as outras não foram sentidas.

Ao fim de 40 minutos tínhamos introduzido 110^{cc} de éter, que não bastaram para modificar sensivelmente o estado do seu sistema nervoso central. O reflexo cremasteriano existia ainda e quando o investigávamos o doente levantava a perna. Fizemos maçagens nas nádegas para mais fácil absorção do éter e alguns minutos depois a última injeção de 20^{cc}.

O doente estava de olhos vendados, calmo, com respiração normal, socegada, parecendo dormir.

Cêrca de 50 minutos depois da primeira injeção, supondo nós já o doente em posse da anestesia, passa na rua uma motocicleta que o faz quebrar o silêncio em que há bastantes minutos estava, para se referir ao barulho que ela fazia.

Fizemos-lhe notar que êle tinha de dormir e respondeu-nos que tem estado sempre acordado e que está ainda em seu perfeito juízo. Por isso resolvemos aplicar umas gotas de clorofórmio em compressa. O doente agita-se, defende-se enérgicamente, mas 2^{cc} dêste anestésico são suficientes para o manter insensível durante a operação, embora, balbuciando sempre palavras articuladas com grande dificuldade, não esteja em resolução muscular perfeita.

Por alturas da 8.^a injeção o doente, que até aí se

tinha conservado em silêncio, apresentou uma fase de embriaguez em que disse coisas pouco inteligíveis, para voltar a cair em silêncio e sossêgo que simulavam o sono.

Este homem era um alcoólico.

O pulso manteve-se bom e a respiração só se alterou quando da administração do clorofórmio, de que, como dissemos, o doente se defendeu enérgicamente. Não suou. A operação durou dez minutos.

Terminada esta é conduzido em maca para a sala da enfermaria. Ao chegar junto da sua cama, quando os empregados pousaram a maca, êle levanta-se sem o auxilio de ninguém, despe-se e mete-se debaixo da roupa. Pouco tempo depois vou à enfermaria para recomendar ao empregado que tome nota da hora a que o doente acordar e é êle próprio que me responde; daí a pouco, sem ter dado palavra a mais ninguém, adormece e fica num sono tranquilo aproximadamente durante 3 quartos de hora.

Acordou com a preocupação de não ter sido operado e lamenta-se aos seus companheiros de enfermaria por ter ido à sala de operações e vir de lá na mesma. Êstes, vendo o penso feito, afirmam-lhe que está pronto, que foi operado, mas não conseguem convencê-lo disso. Era dia de visita na 6. Êle atendeu muito bem uma mulherzinha que o veio visitar, com quem conversou durante uma hora, sabendo perfeitamente o que dizia. Lembra-se de lhe ter explicado com toda a precisão onde morava sua esposa, para quem esta mulher devia escrever contando-lhe o seu estado.

Passou bem disposto todo o resto da tarde e não teve dores. Cêrca das 8 horas da noite sentiu náuseas e até à meia noite, sempre bastante enjoado, vomitou por 3 vezes «todo o clorofórmio que tinha tomado» no dizer de um seu companheiro de enfermaria. À meia noite de-

ram-lhe um caldo, após o qual êle sossegou e adormeceu, passando bem o resto da noite.

1 de Agôsto — Ao meio dia, hora a que o visitei, apresenta-se muito bem disposto e conta com muita naturalidade o seu estado da véspera.

Não tem dores que o incomodem, sente as pernas um pouco dormentes, mas não liga a êste facto grande importância.

O hálito cheira ainda fortemente a éter.

Não suou; esta manhã teve bastante sede.

Não se queixa de dores na cabeça, apesar de ser bastante achacado a elas.

As urinas das primeiras 24 horas depois da anestesia diminuíram muito em quantidade; são de côr vermelho-sanguíneo, turvas, com ligeiro depósito, fortemente ácidas e de densidade 1,0279.

Conteem abundante indican e a reacção de Meyer para a investigação da hemoglobina é fortemente positiva.

A análise microscópica do sedimento revela numerosos glóbulos rubros na sua maior parte descórados; alguns cilindros hemorrágicos; raros cilindros hialinos, raras células epiteliaes das vias urinárias e raríssimos leucocitos.

Do lado do aparelho pulmonar nada há que nos chame a atenção.

Dia 2 — Continua bem disposto e sem dores. O hálito já não cheira a éter; o entorpecimento das pernas tem diminuído. A sede foi passageira, apoquentou-o pouco. Pede levantar.

Dia 3 — Notam-se na nádega direita equimoses nos lugares das picadas.

Dia 4 — O seu estado é bom, como nos dias anteriores.

A urina no dia 3 era já em maior quantidade e neste dia atinge o normal. Côr amarelo-âmbar, aspecto ligeira-

mente turvo, sem depósito, reacção ácida e densidade 1,0227; vestígios de indican e ausência completa de hemoglobina.

A análise do sedimento já não revela cilindros renais; apenas apresenta raras células epiteliaes, bactérias e raros leucocitos.

Na coxa direita apparecem equimoses difusas que levaram bastantes dias a desaparecer.

Passados 15 dias voltamos a visitar o doente, que está quasi curado da operação.

O entorpecimento de que a principio o doente se queixava nas duas pernas, existe agora só do lado direito. Não lhe causa grande incómodo pois lhe permite andar perfeitamente; pode também estar sentado ou deitado. Só se sente mal quando está sentado e quer cruzar a perna direita sobre a esquerda; apparece-lhe um formigueiro, que o doente interpreta como sendo o liquido que lhe metemos no corpo que lhe corre a perna toda e que elle sente andar para cima e para baixo. Na explicação deste symptoma faz-nos a descripção perfeita do tracto do sciático desde a nádega, seguindo a parte posterior da coxa e bifurcando-se à altura do cavado poplíteo pelos dois sciáticos poplíteos, interno e externo. Este formigueiro vai até ao pé.

A flexão do membro inferior sobre a bacia é completa e indolor; também não encontramos pontos dolorosos especiais.

O Ex.^{mo} Sr. Dr. Joaquim de Matos mandou fazer applicações eléctricas; ao fim de 5 o doente pediu alta.

Observação V.— A. R., 52 anos, casada, doméstica, natural do Porto. Enfermaria 6. Anestesiada a 15 de Setembro para ressecção parcial do maxilar superior esquerdo por osteossarcoma.

Operou o Ex.^{mo} Sr. Dr. Júlio Franchini. Esta doente pesava 48 quilos e recebeu 85^{cc} de éter Adrian ou sejam 61 gramas à densidade de 0,720, em 5 injeções nas nádegas.

As duas primeiras foram um pouco dolorosas mas perfeitamente suportáveis; as seguintes não foram sentidas.

Cêrca de 25 minutos depois da primeira injeção a doente esboça uma fase de excitação; administra-se-lhe uma meia dúzia de gotas de clorofórmio em compressa e tudo acalma. A doente está em resolução muscular completa, a pupila contraída. Dorme profundamente; a anestesia é perfeita; o reflexo palpebral não desapareceu. Para comodidade do cirurgião foi retirada a faixa ocular.

Ao fim de 20 minutos a operação estava terminada e quando dos últimos pontos a doente fazia já ligeiros movimentos.

A respiração era ruidosa e difficil porque o sangue descia até à faringe e laringe. O pulso batia bem ritmado. Feito o penso que lhe vendava os olhos, esta doente é transportada à sua cama onde dorme durante duas horas seguidas. Êste facto parece dar razão à exigência do autor dêste método de anestesia para que se vendem os olhos ao paciente durante a narcose. A doente desvendada durante a operação começava a acordar ao fim de 20 minutos e com o penso que lhe tapava os olhos o sono é prolongado durante duas horas mais.

Acordou bem disposta, falou com a empregada com naturalidade e não se queixou de dores.

Durante a operação não souo e após ela não foi apouquentada por sêde, não vomitou, nem sequer teve náuseas.

Visitamo-la 6 horas depois da operação e encontramos-a admiravelmente disposta; sómente tinha pena de ter a cara toda tapada.

Preguntando-lhe se tinha dores, respondeu-nos que por enquanto não.

No dia seguinte, com o penso deixando-lhe livre o olho direito, encontramos-la num óptimo estado geral.

Achamos digno de nota nesta doente a ausência completa de dores na região operada. Queixa-se de que quando está deitada de lado sente uma impressão na nádega correspondente que a incomoda um pouco. Não apareceram equimoses. Nos dias seguintes o seu estado geral mantêm-se, a moedeira desaparece gradualmente e a região operada persiste indolor.

Não pude fazer a análise da urina desta doente; sei contudo que nas primeiras 24 horas o seu volume era bastante menor que o usual e a côr mais carregada. Ao 3.º dia depois da operação a urina era já normal em quantidade e côr.

Esta doente abandona o hospital 17 dias depois da intervenção completamente curada da ferida operatória e já sem a moedeira nas nádegas, que aliás nunca a impediu de passear pela enfermaria.

Nesta observação o método de Descarpentries mostrou sobre qualquer outro a vantagem de transformar o anestesista, de um estôrvo que seria, num auxiliar que poderia prestar serviços.

Observação VI — C. R., 60 anos, solteira, doméstica, natural de Negrelos. Enfermaria 14.

Anestesiada a 30 de setembro para amputação da mama com esvaziamento axilar.

Operou o Ex.^{mo} Sr. Dr. Júlio Franchini.

Esta doente pesava 50 quilos e recebeu 70^{cc} (ou 50,40 gramas) de éter anestésico Adrian, em 5 injeções: as 3 primeiras, que a doente tolerou sem manifestar dor,

de 20^{co}, e as duas últimas de 5^{co} cada uma, todas feitas quasi sem intervalo.

Ao fim da terceira injeccão começou a notar-se uma secura nos lábios, que a doente humedecia ameúde com a língua. Pouco depois da quinta esboçava-se um ligeiro período de excitação. A doente respira algumas gotas de clorofórmio administrado em compressa, e em breve entra na fase de anestesia com um sono tranquilo, respiração sossegada, resolução muscular perfeita. As pupilas estavam ligeiramente contraídas e o reflexo palpebral persistiu.

A operação pôde começar-se 25 minutos depois da primeira injeccão.

Suou abundantemente: todo o corpo estava húmido e particularmente a face, que se encontrava coberta de pequeninas gotas de suor.

A operação durou uma hora e a anestesia foi sempre perfeita, tendo-se mantido a compressa sôbre a face, onde de longe a longe se deitavam 2 ou 3 gotas de clorofórmio. A quantidade dêste anestésico que se gastou em toda a operação foi pouco mais de 1^{co}.

Esta doente acordou muito bem disposta, e transportada para a sua cama da enfermaria, adormeceu de novo, dormindo cêrca de uma hora.

Passou bem a tarde do dia da operação, sem sentir dores nem na região operada nem nas nádegas; o que mais a incomodou foi a sêde, que ela classificou de insupportável. Houve necessidade de lhe dar água, o que fez com que ela vomitasse por umas tres vezes.

Visitamo-la no dia seguinte; conta-nos que passou bem a noite, dormindo sossegada e sem dores; acordou de madrugada cheia de sêde. O hálito ainda cheira a éter 24 horas depois da anestesia. Quando vim ver esta doente já tinham deitado fora as urinas da noite; informa-

ram-me porêm que eram em pequeno volume, turvas e de côr um pouco carregada.

No dia 2 a doente encontra-se num estado geral bom, queixando-se apenas de dores na região operada. Nas nádegas não apareceram equimoses, nem dores; move perfeitamente as pernas na cama.

A urina é amarelo-âmbar, límpida e sem depósito.

Na operação a que foi submetida esta doente, eu pude fazer de anestesista e ajudante. É uma vantagem real do método de Descarpentries.

Observação VII— P. P. S., 25 anos, casado, tanoeiro, natural de Ovar. Enfermaria n.º 6.

Anestesiado a 12 de Outubro para trepanação e raspagem do maxilar inferior por osteíte consecutiva à extracção de um incisivo mediano executada por um curandeiro.

Operou o Ex.^{mo} Sr. Dr. Joaquim de Matos.

Pêso 94,5 quilos; é um homem forte e robusto.

Meia hora antes do início da anestesia deu-se a êste doente uma injeção de um centigrama de morfina, no intuito de tornar menos dolorosas as injeções de éter e de favorecer a marcha da própria anestesia.

À uma e cinco minutos da tarde, principia a eterização, injectando-se 20^{cc} de éter. Sucessivamente, espacando apenas o tempo necessário para preparar as injeções, são-lhe feitas mais cinco de igual volume, perfazendo um total de 6 injeções — 120^{cc} de éter Adrian.

A última injeção, a sexta, é praticada meia hora depois da primeira.

O doente recebe as picadas e a introdução do éter sem dor manifesta, conservando-se calado e em sossêgo. Com as últimas injeções vem o período de embriaguez e o doente fala com animação: diz que *sente mau gôsto*

nos canos do nariz e pede que lhe cantem a *Internacional*. Refere-se a tudo o que ouve com mais ou menos lucidez.

Sente bem as picadas das últimas injeções, mas não se queixa; limita-se a dar conta do facto; a introdução do éter é já completamente indolor.

Conhece as pessoas pela voz e ouvindo dizer que teria sido melhor ter-lhe dado vinho antes de vir para a sala de operações, pede que lhe tragam *uma garrafa de malvazia, que ainda vem a tempo*. A sensibilidade está já um pouco abolida, mas as faculdades mentais estão ainda quasi intactas.

Administram-se à 1 e 40 minutos algumas gotas de clorofórmio em compressa e inicia-se logo depois a intervenção.

O período preanestésico foi de 40 minutos.

O estado do doente pouco se modificou com o clorofórmio; continua a falar e a queixar-se quando o traumatismo operatório era mais violento; mas tudo isto quasi sem se mexer, parecendo que a sensibilidade dolorosa era abolida, mantendo-se tão sómente a sensibilidade táctil.

À 1 e 55 minutos é-lhe aplicada uma injeção suplementar de 15^{cc}. O doente continua a falar; administram-se então as últimas gotas de clorofórmio, de que se gastaram ao todo 2^{cc}.

Para o fim da operação, que durou aproximadamente meia hora, o doente já reconhece de novo as pessoas pela fala. Chegado à enfermaria levanta-se da maca e dirige-se para a cama pelo seu pé. Dormiu em seguida um pouco. Às 3 $\frac{1}{2}$ esteve a falar com a mulher, que foi visitá-lo, acerca das suas vidas de casa.

Pouco depois de chegar à enfermaria, deram-lhe leite que vomitou logo em seguida; às 5 $\frac{1}{2}$ tomou um caldo que conservou. De madrugada, às 3 horas, levantou-se e

foi ao lavatório beber um quarteirão de água, porque tinha muita sede; não a vomitou.

Falando com o doente no dia seguinte ao da operação, refere que só as duas primeiras *picadas* lhe doeram um pouco, mas que não era coisa que não se pudesse suportar.

Não sentiu dor nenhuma durante a intervenção; parece-lhe *que tinha sonhado*. Sentiu *assim a modos como se lhe arrancassem um dente, mas não lhe doeu*; depois não sabe o que se passou. Não se recorda de ter falado durante a operação e durante a anestesia, e quando acordou na sua cama apenas sentiu uma ardência no queixo e as pernas trôpegas.

No dia seguinte ao da intervenção o doente está belamente disposto e por êle insistir muito, é-lhe abonada para êsse mesmo dia a dieta 4.^a, porque *não tem podido parar com fome*.

A urina das primeiras 24 horas mede 800^{cc}, côr vermelho-carregado; hemoglobinúria intensa.

Nas 24 horas seguintes, o volume subiu pouco, a 850^{cc}, com os mesmos caracteres. Dois dias depois é perfeitamente límpida e de volume normal, não se notando já vestígios sequer da intensa hemoglobinúria primitiva.

Acusa algumas dores nos rins, que desaparecem antes do fim da primeira semana,

Sente as nádegas adormecidas e ligeiras dores na perna direita. Começa a esboçar-se uma sciática na perna esquerda com formigueiros e algumas dores ao longo do tracto do nervo: *os tendões da curra da perna estão um pouco presos*, mas não o estorvam de andar e o doente passeia sempre pela enfermaria.

No dia 28 ainda a sciática persiste, mas já bastante melhorada.

Observação VIII — R. F., de 60 anos, jornaleira, natural do Pôrto. Enfermaria 8.

Esta doente era uma cardíaca e por êsse facto, o 1.º assistente de Clínica Cirúrgica, Sr. Dr. Carlos Fortes, que a operou de carcinoma da mama, não querendo anestesiar-la pelo clorofórmio, amávelmente me ofereceu êste caso para o emprêgo do método de Descarpentries.

Anestesiada a 25-1-913.

A doente pesava 51 kilos e empregaram-se 75^{cc} (54 gramas) de éter anestésico Adrian em 5 injecções: as duas primeiras de 20^{cc}, a terceira de 15^{cc}, a quarta de 20^{cc} e a quinta, já 10 minutos depois de começada a operação, de 10^{cc}, com intervalos pequenos.

Ao fim da quarta injecção apareceram no queixo, pescoço e lado direito do tórax, placas avermelhadas, que tomamos como índice de perturbações circulatórias, embora o pulso batesse tenso e não traduzisse desordem no coração. Por êsse facto, resolvemos fazer a aplicação de algumas gotas de clorofórmio.

A operação pôde assim ser iniciada 30 minutos depois do começo da anestesia. Esta nunca foi perfeita; dez minutos depois, como a doente fizesse movimentos, fiz a quinta e última injecção. Pouco se modificou o estado anestésico; a resolução muscular não se fazia. Recorreu-se então ao clorofórmio, de que para toda a operação, que durou 35 minutos, se gastaram 8^{cc}.

As primeiras injecções foram perfeitamente suportadas; a doente não acusou dores. O pulso manteve-se entre 90 e 100 pulsações. A respiração estava um pouco alterada. Todo o corpo estava humedecido pelo suor.

Nas primeiras 24 horas urinou apenas 100^{cc}; a urina era de côr muito carregada, quási café, turva e muito concentrada. O seu estado post-anestésico é bom e não se queixa de dores. Teve vômitos de noite, conseguindo dor-

mir do meio da noite em diante. No dia 26 já pôde alimentar-se.

Dois dias depois, a 27, apareceram equimoses nas nádegas; a doente começava a sentir dores nos lugares das injeções, particularmente do lado esquerdo, não permitindo que se deitasse para êste lado. Também se queixa bastante da região operada; na cama move bem os membros inferiores.

A análise das urinas do dia 27, feita no Laboratorio Nobre, não revela hemoglobina nem cilindros.

As dores abrandaram até desaparecimento completo ao fim de quatro dias com a aplicação de emolientes.

Considerações gerais

Na prática dêste método de anestesia atendi às prescrições feitas por Descarpentries para o seu processo e às conhecidas para a narcose geral.

Dispensso-me de descrever completa e minuciosamente a técnica e a marcha da anestesia, porque o não poderia fazer melhor que o autor que observou 150 casos. Limitar-me-hei a assinalar o que mais me feriu a atenção e que reputo digno de ser observado por quem deseje fazer a prática do método.

Servi-me de uma seringa «Record» de 20^{cc} e de uma agulha de platina «Tuffier». Fiz sempre as injeções nas nádegas, procurando evitar o sciático.

A agulha era enterrada de maneira a atravessar rapidamente a pele e penetrar lentamente nas camadas musculares; só depois de ver que não saía uma gota de sangue, adaptava a seringa e fazia a introdução do éter vagarosamente.

A dor provocada pelas primeiras injeções de éter

foi em geral bem tolerada. Com excepção dos doentes das obs. III e IV, todos os outros as receberam sem queixume.

Como vimos, o próprio autor experimentou em si esta dor e classificou-a de brutal e passageira. Ombrédanne desistiu de uma anestesia, por êste processo, por causa da dor.

Os nossos doentes confessaram quási todos que as duas primeiras injeccões são dolorosas mas suportáveis.

No doente obs. VII injectei 0,01 gr. de morfina, meia hora antes do comêço da anestesia, à semelhança do método escopolamina-morfina, com o fim de tornar indolores as primeiras injeccões de éter e mais curto o periodo pre-anestésico. Mas a influência dêste medicamento sobretudo na obtenção da anestesia não foi sensível. A quantidade de éter introduzido na primeira injeccão foi sempre regulada pela sensibilidade do doente.

A agulha deve ser retirada lentamente, para que os planos musculares que ela vai abandonando, fechem o foco de vaporização do éter. Algumas vezes, propositadamente, retiramo-la com rapidez; logo o éter, eminentemente difusível, borbulhava no orifício da pele, tendo caminhado através da fina fistula do trajecto da agulha.

As outras injeccões eram feitas alternadamente nas nádegas em pontos um pouco distantes uns dos outros. Estas, em geral, eram indolores; os doentes apenas se contraíam às picadas.

Em todos os casos usei a faxa ocular, e tive ocasião de verificar a sua importância sôbre a duração da aneste-

sia. Assim, comparando as observações V e VI, pondo de parte a susceptibilidade pessoal, que embora sendo um facto muito a ter em consideração, não pode ser determinado, nôtamos que estas duas mulheres, de 52 e 60 anos, pesando a da obs. V 48 quilos e a da VI 50, receberam respectivamente 85^{cc} e 70^{cc} de éter, para anestésias de uma duração muito desigual.

Á doente A. R., da obs. V, fez-se uma resecção parcial do maxilar superior esquerdo por osteosarcoma. A faxa ocular só pôde ser mantida durante o período de anestesia antes da operação. Ao fim de 20 minutos, estava a operação a terminar, a doente começava a defender-se. O penso feito sôbre a ferida operatória tapava-lhe os olhos; deitada na sua cama de enfermaria dormiu tranquilamente durante duas horas seguidas.

Á doente C. R., da obs. VI, fez-se a amputação da mama com esvaziamento axilar. A faxa pôde ser mantida em toda a operação, que durou uma hora, sem a doente se mexer.

O período de excitação sobreveio em alturas diferentes da marcha da anestesia. Revelado por ligeiras contracções, por estado de embriaguez, no meio da anestesia, era por vezes violento depois da ultima injeccção. Nesta altura eu empreguei em todos os doentes, excepto no da observação III, umas gotas de clorofórmio em compressa, que rapidamente os faziam cair em sôno anestésico, e a operação pôde então sempre ser começada sem o mínimo queixume.

Esta compressa ficava sobre a face do doente e de longe a longe, quando êste fazia qualquer movimento, recebia algumas gotas mais de clorofórmio.

Com excepção do doente da observação VIII nunca empreguei mais de 3^{cc} dêste anestésico durante toda a intervenção.

Algumas houve mesmo em que só o usei no período preanestésico.

M. Peugniez, na sua observação, faz notar que os 60^{cc} de éter injectados na sua doente, não a fizeram adormecer e em nada modificaram a quantidade de clorofórmio que empregou depois para obter a anestesia. É bastante diferente o que aconteceu nas nossas observações.

Na própria doente da observação VIII, que foi a que necessitou de mais clorofórmio, empregamos além dos 70^{cc} de éter injectado, 8^{cc} daquelle anestésico, em compressa, para uma intervenção que durou 35 minutos.

O período preanestésico é em geral bastante longo. Nas nossas observações foi respectivamente de 35, 45, 35, 50, 25, 25, 40, 30 minutos. Oscilou, como se vê, entre 25 e 50 minutos. Descarpentries obtem a anestesia em 15 a 20.

Em parte a longa duração do período preanestésico deve ser atribuída a um factor importante que os autores recomendam se tome em consideração: o silencio nas salas de operações durante a anestesia, o que nem sempre é facil de obter.

Por vezes os doentes falam e movem-se durante a intervenção. Aconteceu isso em algumas das nossas observações. Comtudo algumas horas depois da anestesia confessam-nos que nada sentiram. Só o doente da observação VII conservou a impressão de que a certa altura sentiu arrancar um dente, mas que não lhe doeu.

O doente da observação IV, quando acorda, lamenta ter ido para a sala de operações e vir de lá na mesma; não acredita que foi operado.

A doente da observação I pergunta ás suas companheiras se já está pronta.

A sensibilidade, sobretudo a sensibilidade á dor, desaparece por completo, o que nem sempre acontece com a consciencia, como se vê de varias observações apresentadas, particularmente as do Sr. Dr. Henrique Teles.

A quantidade de éter necessário para a obtenção da anestesia é, como faz notar Descarpentries, variável. Êle estabelece, contudo, a média de um grama por quilo. Afastamo-nos por vezes desta média. Devemos, no entanto, confessar que foi sempre com receio que passamos além; felizmente nunca tivemos de que nos arrepender.

Os anestesiados por este processo acordam em regra satisfeitos e ficam bem dispostos. Nunca tivemos ocasião de vêr uma anestesia por inalação de éter e por isso esta boa disposição nos surpreende, pois estabelece um forte contraste com o que estamos habituados a vêr vulgarmente com os cloroformizados.

O Sr. Dr. Henrique Teles pôde dar de comer ás

suas 2 doentes no dia seguinte ao da anestesia, sem ter notado perturbações dos aparelhos digestivo e circulatorio.

Em regra a região das injecções fica dolorosa. Dor umas vezes passageira, e outras duradoura, embora pouco intensa. Os doentes classificam-na geralmente de *moe-deira*. Em nenhum dos nossos casos atingiu a intensidade de impossibilitar a marcha.

Não nos foi possível, como era nosso desejo, fazer a analyse de urinas a todos os anestesiados. No entanto as que pudemos observar fornecem-nos elementos que permitem avaliar dos efeitos sobre o rim particularmente, do éter introduzido no organismo em tão grandes quantidades.

Apenas uma vez pudemos fazer a analyse das urinas das 24 anteriores á anestesia.

A simples comparação destas análises mostra-nos um ataque ao rim, algumas vezes intenso, sempre passageiro e sem consequencias desagradaveis em todos os nossos casos.

OBSERVAÇÃO I

	1.º dia	2.º dia	3.º dia
Volume	200 cc.	300 cc.	600 cc.
Côr	amar. carregado	amarelo claro	amarelo claro
Aspecto	turvo	levemente turvo	levemente turvo
Densidade	1,020	1,010	1,009
Reacção	fortemente ácida	fortemente ácida	ácida
Indol	abundante	abundante	pouco abundante
Escatol	»	»	»
Hemoglobina	vestígios	ligeiros vestígios	não contém
Sedimento	—	Células epiteliaes, glóbulos rubros isolados; cilin- dros hialinos, hialino-granulo- sos e hemorrá- gicos	—

OBSERVAÇÃO III

	1 dia antes	1.º dia depois	2.º dia depois
Volume	normal	550 cc.	1.300 cc.
Côr	amarelo pálido	amarelo avermelhado	amarelo pálido
Aspecto	límpido	levemente turvo	límpido
Densidade	1,0145	1,0262	1,0119
Reacção	ácida	fortemente ácida	fortemente ácida
Indol	não contém	pouco abundante	pouco abundante
Escatol	—	»	»
Hemoglobina	—	não contém	não contém
Sedimento	—	Células epiteliais, raros leucocitos, cilindros hialinos-leucocitários muito raros	Raros glóbulos rubros e brancos alterados e cilindros hialinos muitíssimo raros

OBSERVAÇÃO IV

	1.º dia	3.º dia
Volume	diminuído	normal
Côr	vermelho sanguineo	amarelo âmbar
Aspecto	turvo	ligeiramente turvo
Densidade	1,0279	1,022
Reacção	fortemente ácida	ácida
Indican	abundante	vestígios
Hemoglobina	abundante	não contém
Sedimento	Numerosos glóbulos rubros na sua maior parte descolorados; cilindros hemorrágicos; raros cilindros hialinos; raras células epiteliais e raríssimos leucocitos	Raras células epiteliais, leucocitos e bacterias

O volume da urina das primeiras 24 horas depois da operação é sempre muito reduzido e a densidade muito aumentada.

Isto leva-nos a crêr que esta redução do volume não

é devido a uma diminuição de trabalho do rim mas apenas á perda de agua que o organismo sofre, quer pela sudacção abundante durante a anestesia, quer pela hidratacção do éter.

Alguns doentes são apoquentados por sêde ás vêzes de uma maneira insuportavel.

O rim é algumas vezes atacado; assim o demonstram as análises microscopicas dos sedimentos que revelam uma descamação do epitelio renal.

O éter ataca os globulos rubros e liberta a hemoglobina que aparece então na urina. ¹

Tanto a hemoglobinuria como a cilindruria são efeitos do anestésico e não do método, pois aparecem na éterização por inalação e por injeccções endovenosas. E nem sequer são exclusivo do éter, porque aparecem também nas anestésias pelo cloroformio.

Além disso a sua duração é curta.

Em nenhum caso observei accidentes respiratorios ou circulatorios

¹ Fiz a investigação da hemoglobina pela reacção de Meyer. A sensibilidade desta reacção é tal, que no dizer do autor, revela a hemoglobina de uma gota de sangue diluida em 5000 litros de agua.

Conclusões

O método de Descarpentries teve pouca voga.

A Sociedade de Cirurgia de Paris, vibrou-lhe um golpe tão rude que o espírito experimentador que domina na época em que vivemos, não teve alento para o praticar de maneira a serem conhecidas e precisadas todas as suas indicações. A literatura médica francesa, em geral desfavorável, deu-nos a conhecer o número de observações, que por limitado, pudemos apresentar integralmente. Já neste ano são poucas as anestésias feitas por êste processo.

O método poucos meses viveu.

No Congresso Internacional de Medicina, que no próximo mês de Agosto deve reunir em Londres, vai ser apresentada uma comunicação sobre a « *Anestesia Geral por injeções intramusculares de éter* ». É de esperar que das salas do Congresso o método de Descarpentries saia com a justiça feita e então ficaremos conhecendo mais claramente o seu valor.

Nas nossas mãos êle deu os seguintes resultados:

Anestesia perfeita com sono profundo e resolução

muscular durante toda a intervenção em 4 doentes: nos das observações I, II, V e VI.

Anestesia perfeita mas pouco duradoura, não chegando para toda a intervenção, no doente da observação III.

Anestesia incompleta nos das observações IV e VII.

Na doente da observação VIII o método falhou quasi por completo; foi necessario terminar a operação sob anestesia clorofórmica.

Não duvido que nas mãos de outros experimentadores mais arrojados e senhores de si, manejando melhor o éter e não temendo as cifras elevadas da quantidade, estas três últimas observações tivessem chegado a ser de uma anestesia perfeita. Mas devo confessar que os doentes de Picot e Tuffier eram o espectro constante que eu tinha deante dos olhos e que fazia por não afastar, sempre que tive ocasião de empregar o método de Descarpentries.

*

* *

M. Descarpentries, escrevendo para a «Semaine Médicale» termina, dizendo que o seu método parece-lhe ser a anestesia de escolha para as intervenções na face, boca e vias respiratórias; e que no campo e em cirurgia de guerra permite ao cirurgião praticar só e sem nenhum ajudante uma operação sob anestesia geral.

Sou quasi inteiramente da opinião de M. Descarpentries. Só não me parece que seja a anestesia de escolha.

Como do que fica dito se vê, o método é de uma prática muitíssimo simples, exige um instrumental reduzido e barato e não tem consequências desagradáveis de maior.

A morte dos doentes de Picot, Tuffier e Faure!

Quantas vítimas teem feito a anestesia por inalação, sobretudo a clorofórmica?!



Proposições

Anatomia descritiva. A disposição das veias espermática e renal esquerdas explica a predominância do varicocélo dêste lado.

Histologia. A estrutura da mucosa uretral explica a tendência das uretrites para a cronicidade.

Fisiologia. Sob a acção dum anestésico geral as formas da actividade vital desaparecem pela ordem decrescente da sua diferenciação.

Anatomia topográfica. Os focos de auscultação cardíaca não correspondem topograficamente aos orifícios do coração.

Patologia geral Nem só o meningococo produz a meningite cérebro-espinhal epidemica.

Terapêutica. O éter é o anestésico geral de escolha.

Patologia externa. No hematocélo da vaginal não deve fazer-se a punção exploradora.

Anatomia patológica. A anatomia patológica nem sempre está de acordo com a clínica.

Patologia interna. A cavidade fechada é o elemento principal da patogenia da apendicite.

Medicina operatória. O cirurgião tem necessidade de conhecer as principais anomalias.

Higiene. A vacinação anti-tífica devia ser obrigatória, pelo menos nos exércitos em campanha.

Obstetrícia. A superfetação é anatómicamente possível nos tres primeiros meses da gravidez.

Medicina legal. A gravidez não implica desfloramento nem cópula.

Visto :

Teixeira Bastos.

Pode imprimir-se :

Augusto Brandão.